



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Forskning i musikterapi – voksne med depression

Hannibal, Niels

Published in:
Dansk Musikterapi

Publication date:
2012

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Hannibal, N. (2012). Forskning i musikterapi – voksne med depression. *Dansk Musikterapi*, 9(2), 15-22.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Forskning i musikterapi – voksne med depression

*Niels Hannibal, ph.d., lektor ved Musikterapiuddannelsen,
Aalborg Universitet. Kontakt: hannibal@hum.aau.dk*

Der er forskningsmæssig evidens for, at musikterapi med patienter med depression har signifikant effekt. Således viser et Cochrane review, at musikterapi har positiv effekt på patientens humør, ligesom en RCT-undersøgelse viser, at 20 sessioners musikterapi har en signifikant effekt på patientens depressive symptomer, angst og funktionsniveau – en effekt, der stadig var målbar tre måneder efter musikterapiens afslutning. Endelig viser en meta-analyse, at der er dosisrelation mellem antal musikterapisessioner og patientens udbytte.

Musikterapi bryder den isolation, som er en konsekvens af depression. Ligeledes aktiveres kroppens motorik og det centrale nervesystem. Endelig etablerer musikterapi mulighed for interaktion, ekspression, kontakt og kommunikation. Musikterapi kan anvendes uanset om patienten er så medtaget af depressive symptomer, at verbal kommunikation er vanskelig eller helt udelukket. I musikterapien kan patienten arbejde med de interpersonelle og kognitive aspekter af depressionen. Musikterapi kan mindske symptomer, skabe en forbindelse fra den isolerede patient til omverdenen samt bidrage til at udvikle nye mestringsstrategier og bedre stresshåndtering.

Introduktion

Den første undersøgelse af musikterapi og behandling af depression er fra 1974 (Hadsell 1974), men det er først efter 1990, at der for alvor er kommet gang i forskningen inden for området. I forbindelse med publicering af et Cochrane review om musikterapi og depression fra 2009, blev der identificeret 16 relevante studier, hvoraf de seks har kvalitet til at indgå i selve reviewet (se faktaboks). Forskning inden for dette område er således i vækst.

I denne artikel præsenteres den nyeste forskning om musikterapi og behandling af

depression. Efter en kort gennemgang af depressioners årsager og symptombillede, præsenteres den musikterapeutiske effektforskning på området. Dette gøres med udgangspunkt i førnævnte Cochrane review, en meta-analyse med fokus på forholdet vedrørende mængden af terapi, og endelig den seneste randomiserede, kontrollerede undersøgelse fra 2011 (RCT, se faktaboks). Artiklen afsluttes med en beskrivelse af begrundelser for den dokumenterede virkning af musikterapi til depressionsramte.

Man regner med, at 15-25 % af alle kvinder og 7-12 % af alle mænd rammes

af depression. Sygdommen starter ofte i 40- til 50-års alderen. Ubehandlet varer en depression fra 6 til 12 måneder afhængig af sværhedsgraden. Hovedparten af de depressionsramte oplever, at sygdommen vender tilbage. 50 % af patienter med depression har andre psykiske sygdomme såsom angst- og tvangs-sygdomme samt misbrugsproblematikker (Poulsen, Munk-Jørgensen & Bolwig, 2007).

Depressionens årsag (ætiologi) er kompleks og beskrives ofte med afsæt i en såkaldt sårbarheds- og stressmodel. Denne model udtrykker i al sin enkelhed, at mennesket besidder en vis sårbarhed, som kan medføre sygdomme i forbindelse med forskellige stressbelastninger. Ifølge modellen betragtes depression som en reaktion på livsbegivenheder og som værende knyttet til den enkeltes samlede sårbarhed over for depression såvel biologisk, psykologisk som socialt. Depression kan således ikke reduceres til at være et arveligt eller biologisk fænomen, men det er kendt, at såvel arvelighed og opvækst som personlighed spiller en rolle. Sårbarheden vedrører de dysfunktionelle måder at interagere med andre på, som personen udvikler i opvæksten, den enkeltes evne til at håndtere kriser i livet, personens aktuelle livsbetingelser, ligesom kvaliteten af sociale netværk. Alt dette har indflydelse på, om et menneske udvikler en depression (Simonsen & Møhl 2010). Depression anses således både for at være biologisk, psykologisk og socialt funderet.

Depression inddeles i WHO's diagnose system ICD-10 (World Health Organization 1995) i tre sværhedsgrader: Let, moderat og svær. Når diagnosen stilles, skelnes der mellem kernesymptomer og ledsagesymptomer. Den lette depression har to kernesymptomer, den moderate har to kerne- og

fire ledsagesymptomer, mens den svære har tre kerne- og mindst fem ledsagesymptomer. Kerne- og ledsagesymptomer ved depression dækker ifølge ICD-10 følgende:

Kernesymptomer:

- 1) nedtrykthed,
- 2) nedsat lyst eller interesse og/eller
- 3) nedsat energi eller træthed.

Ledsagesymptomer:

- 1) nedsat selvtillid eller selvfølelse,
- 2) selvbefrydelse eller skyldfølelse,
- 3) tanker om død eller selvmord,
- 4) tænke- og koncentrationsbesvær,
- 5) agitation eller hæmning,
- 6) søvnforstyrrelser og/eller
- 7) appetit- og vægtændring (Simonsen & Møhl, 2010).

Den psykologiske behandling af en patient med depression skal dels sigte mod at mindske patientens depressionssymptomer, dels mod at *forebygge* tilbagefald og endelig mod at hjælpe patienten til at udvikle større robusthed, dvs. nye og bedre strategier til at håndtere stress. Der sigtes især på at øge evnen til at interagere med andre, mindske psykisk isolation og mindske psykisk ubehag. Overordnet set er målet, at patienten bedre skal kunne håndtere og mindske den sårbarhed, der kan medføre udvikling af depression. Musikterapi sigter mod dette ved at have fokus på tre dimensioner: Symptomlindring, forebyggelse og forandring.

Dokumenteret effekt

Den nyere musikterapeutiske effektforskning koncentrerer sig om at dokumentere:

- om musikterapi reducerer symptomer hos patienter med depression

- om musikterapibehandling giver et forbedret funktionsniveau
- om der er sammenhæng mellem mængden af musikterapi og det behandlingsmæssige udbytte
- om behandlingen har en vedvarende effekt.

I såvel et Cochrane review (Maratos, Gold, Wang & Crawford 2009), en meta-analyse (Gold, Solli, Krüger & Lie 2009) og en RCT-undersøgelse (Erkkilä, Punkanen, Fachner, Ala-Ruona, Pöntiö, Tervaniemi, Vanhala & Gold 2011) dokumenteres det, at depressive symptomer hos patienter reduceres som følge af musikterapi. Cochrane-reviewet konkluderer, at musikterapi kan skabe ændring i patientens humør (mood). I RCT-undersøgelsen (ibid) ses dels signifikant reduktion af depressive symptomer, og dels reduktion af angst.

Gold et al. (2009) og Erkkilä et al. (2011) viser, at musikterapi desuden påvirker depressionsramtes funktionsniveau signifikant, målt med Global Assessment of Function (GAF) (Frances, Pincus, & First 1994). GAF måler dels sværhedsgraden af patientens symptomer dels patientens funktionsniveau. Men GAF forholder sig ikke specifikt til arten af symptomer, som patienten oplever. Når patienten bedres og i højere grad kan klare sig selv, ses dette i GAF scoren.

Sammenhængen mellem mængden af musikterapi og det behandlingsmæssige udbytte er undersøgt ved at sammenligne udbytte og antal sessioner (Gold et al. 2009). For depressive symptomer og for patientens funktionsniveau viser der sig en klar sam-

menhæng mellem længden af det terapeutiske forløb og udbyttet, idet der kun ses en mindre effekt på depressive symptomer efter 3 musikterapisessioner,¹ mens der fremkommer en stor effekt efter 16 sessioner.

I sig selv er en reduktion af symptomer vigtig, men endnu mere vigtigt er det, hvorvidt der er tale om en vedvarende effekt. Dette spørgsmål indgik i RCT-undersøgelsens design (Erkkilä et al. 2011), hvor man ved at sammenligne patienterne i musikterapibehandling med kontrolgruppen kunne konstatere følgende: Tre måneder efter afslutning af 20 sessioners aktiv musikterapibehandling havde patienterne signifikant færre angst- og depressive symptomer, ligesom deres funktionsniveau var signifikant bedre sammenholdt med kontrolgruppen, der ikke fik musikterapi. I undersøgelsen deltog 79 patienter med let, moderat og svær depression uden psykotiske symptomer. Der indgik således patienter med alle grader af depression i undersøgelsen.

Begrundelse for effekt

Som nævnt ovenfor er en depressiv tilstand meget kompleks. Den sårbarhed, som patienten besidder, er betinget af kombinationen af oplevelser og erfaringer, personlighed, livsbegivenheder, mestring og kvaliteten af patientens sociale netværk.

Psykoterapiforskningen har påvist, at effekt af psykoterapi forårsages af såkaldte specifikke og non-specifikke faktorer (Hougaard 2004). De specifikke faktorer vedrører den enkelte terapiforms metoder, som fx anvendelse af musik i musikterapien, mens de non-specifikke faktorer henviser til fællestræk ved alle psykoterapiformer, som fx

¹ Analysen undersøgte både musikterapi med patienter med skizofreni og depression.

den påviste betydning af, at der opbygges en behandlingsalliance mellem terapeut og patient. I det følgende beskrives kort evidens for, at patienter med depression opbygger en behandlingsalliance i musikterapi, og dernæst redegøres der for de specifikke elementer ved musikterapi.

At have tillid til sin behandler, til vedkommendes ekspertise og til den metode som anvendes, er nogle af de tegn på en behandlingsalliance mellem patienten og terapeuten som angives i litteraturen (Hougaard 2004). Derfor kan fremmøde til og gennemførelse af behandling, anvendes som indikatorer på, at en alliance er udviklet. Underforstået, at man kun møder op til behandling, hvis man synes man får hjælp og får det bedre. Både i Cochrane reviewet (Maratos et al. 2009) og i RCT-undersøgelse (Erkkilä et al. 2011) er der registreret et lavt drop out fra musikterapien. I den finske undersøgelse (Erkkilä et al. 2011) ses en tendens til lavere drop out for patienter, der modtog musikterapi i forhold til kontrolgruppen, men der var ikke signifikant forskel mellem musikterapi og kontrolgruppen (ibid. s. 235).

Patienter med depression er meget sårbare, hvorfor det er vigtigt, at behandlingen forholder sig til deres tolerance og ikke belaster dem uhensigtsmæssigt. At musikterapi kan anvendes til patientgrupper, der traditionelt betragtes som vanskelige at behandle, understøttes af et lavt drop out fra musikterapi for patienter med skizofreni eller personlighedsforstyrrelse (Hannibal, Pedersen, Egelund, Hestbæk og Munk-Jørgensen 2012).

Skal man redegøre for de specifikke faktorer ved musikterapi, kan det gøres ved at betragte forskellige dimensioner af, hvad

musik, som den anvendes i musikterapi, består af. Den norske professor i musikterapi Stige (2002) har opstillet en model, der kan anvendes til dette formål. Modellen benævner tre specifikke elementer ved musikterapi, nærmere bestemt:

1. musik som 'æstetisk objekt',
2. som 'protokommunikation', dvs. som middel til kommunikation og endelig
3. musik som det 'at musicere', dvs. musik som handling. For sidstnævnte dimension, at musicere, henviser Stige til Smalls begreb "musicizing" (Small 1998).

SOM ÆSTETISK OBJEKT påvirker musiklytning vores hjerne (Alluri, Toiviainen, Jääskeläinen, Glerean, Sams & Brattico 2012). Musiklytning aktiverer ikke kun hjernens hørecenter, men også de motoriske centre samt såvel højere som lavere kognitive funktioner. At musiklytning også kan iagttages på neurohormonelt niveau, kan ses ud fra en pilotundersøgelse (n= 8) fra 1995 (McKinney, Antoni, Kumar, & Kumar 1995). Denne undersøgelse viste, at man efter 8 ugers intervention med den receptive musikterapeutiske metode Guided Imagery and Music (GIM) kunne måle kvalitative ændringer i klienternes humør samt målbare forandringer i plasmaniveauet af neurohormonet β -endorfin i forhold til kontrolgruppen. Musiklytning i en terapeutisk kontekst kan således påvirke niveauet af visse neuro-hormoner, ligesom det kan bevirke skift i sindsstemning. Musik kan aktivere følelser og dannelse af indre billeder og fornemmelser og kan iværksætte såvel oplevede som målbare forandringer (Bonde 2009). På det psykologiske plan ses det, at en patient med depression typisk ikke evner at række ud i verden på grund af sin tilstand. Her kan receptive metoder

nå patienten og derved igangsætte en mulig terapeutisk proces. Sådanne patienter kan også have behov for hjælp til regulering af fx triste følelser. Her kan musiklytning fungere som en beroligende faktor. Receptive musikterapi metoder kan altså anvendes med henblik på at styrke og sænke personens kognitive og psykomotoriske aktivitetsniveau. At receptive metoder anvendes med succes over denne målgruppe bekræftes af det ovenfor nævnte Cochrane-review for musikterapi med patienter med depression (Maratos et al. 2009). Receptiv musikterapi anvendes med mange målgrupper til både støttende og mere udviklende terapiforløb. Musiklytning kan gennem GIM-metoden anvendes til at arbejde terapeutisk med dybere psykologiske processer (Bruscia & Grocke 2002). Maratos, Crawford og Procter (2011) nævner desuden, at musik kan skabe oplevelser, der både kan være meningsfulde og behagelige, som står i kontrast til den depressive persons oplevelsesverden, og som er aspekter, der er knyttet til musikkens æstetiske kvaliteter.

MUSIK SOM KOMMUNIKATION – kaldet proto-kommunikation (Stige 2002) – er det andet specifikke element ved den musikterapeutiske metode. Når et menneske udtrykker sig ved hjælp af musik, aktiveres samtidig et kommunikativt aspekt. Kommunikation gennem musik forekommer, når mennesker spiller og ”swinger” sammen, men er også automatisk til stede som dimension ved improvisation i aktiv musikterapi. En række elementer såsom rytme, intensitet, timing, klang, tempo og frasering, som karakteriserer musikken, har lighed med førsproglig kommunikation. Disse kommunikative parametre er identiske med elementerne for såkaldt førsproglig udveksling (Stern 2010). Denne lighed

muliggør, at ethvert menneske principielt er udrustet til at kunne orientere sig kommunikativt i en musikalsk kommunikativ kontekst. Disse processer er også beskrevet som kommunikalske samspil (Holck 2002). Improvisation i aktiv musikterapi er kendetegnet ved, at de ikkesproglige kommunikative mønstre gøres tilgængelige og konkrete. Sådanne mønstre er også baseret på tidligere erfaring og kan derfor vise sig som gentagelse af konfliktmønstre, overføringsrelationer og forsvar (Hannibal 2001). I den finske undersøgelse (Erkkilä et al. 2011) beskrives det, at patienterne i forbindelse med musikalsk improvisation ofte selv knytter den aktuelle oplevelse i musikken til tidligere oplevelser, der havde betydning for deres depressive lidelse. Musikken var således med til at skabe forbindelse og integration med det ikke bevidste og bevidste lag i psyken. Disse oplevelser kunne siden også bearbejdes verbalt (ibid.). Om patienter med depression kan man sige, at direkte og sproglig kommunikation med andre om vedkommendes indre tilstande er brudt sammen (Gabbard 2000). Patienten har ofte ingen tillid til eller forventning om, at andre kan eller vil dele dennes personlige tanker og følelser. Patientens tilstand medfører, at vedkommende lukker sig inde. Den indre verden er i stor udstrækning styret af negative tanker, opgivenhed, tristhed osv. En person med depression mister sin evne til at række ud og ikke mindst opleves det at skulle formulere og tale om sin situation i udgangspunktet ofte som skamfuldt, negativt og uoverkommeligt. Åbenhed og sprogliggørelse er i den forstand depressionens største fjende (Ibid). At udtrykke sig og kommunikere er en kardinal forudsætning for terapeutisk bedring, og netop denne mulighed er til stede i aktiv musikterapi.

MUSIK SOM HANDLING, at musicere, er det tredje specifikke element ved musikterapi. Handlingsaspektet understreger, at musik og musikalsk udtryk altid indbefatter en eller anden grad af aktivitet. Man anvender sin krop, sin vejtrækning og måske sin stemme. For en person med depression er musikken som beskrevet ovenfor en kommunikationskanal, et medium, der

muliggør, at vedkommende udtrykker sig. At spille på et instrument kan dertil skabe en indre oplevelse af sammenhæng mellem handling og følelse. Ved at spille og derved bevæge sig, handle, kommer personen i kontakt med emotioner, stemninger og sanseindtryk, som følgerigt kanaliseres ud i musikken. At lave selv den mindste lyd kan i begyndelsen af et terapiforløb opleves som

FAKTABOKS – om RCT-undersøgelser, Meta-analyser, og Cochrane Reviews

En RCT-undersøgelse vurderes af mange som den mest pålidelige form for forskning. RCT betyder Randomized Controlled Trial, og hensigten er at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede, objektive kriterier. En RCT-undersøgelse kunne være en effektmåling af fx musikterapi, som sammenlignes med en kontrolbehandling og/eller med daglig praksis. For at kunne vurdere, om der er statistisk signifikans, defineres præcise, uafhængige variable, fx i forhold til adfærd, tilstand eller kunnen, som er blevet 'målt' med standardiserede tests eller assessmentredskaber. De samme målinger udføres på både eksperiment- og kontrolgruppen, og de to grupper bør være helt sammenlignelige og er derfor fordelt ved lodtrækningsprincipper. Desuden bør der være så mange deltagere, at tilfældige variationer udlignes.

En **Meta-analyse** er en analyse af andre analyser/undersøgelser, hvor effekten af en given behandling fra flere studier sammenlignes. Det betyder, at grundlaget for de konklusioner, man drager, hviler på et omfattende materiale. En meta-analyse anses derfor som mere sikker viden. Cochrane reviews er ofte baseret på meta-analyser.

I **Cochrane reviews** analyseres eksisterende effektundersøgelser i forhold til forskningskvalitet, hvorefter resultaterne sammenholdes. Cochrane reviews bliver internationalt regnet for højeste standard i forhold til at vurdere forskningsmæssig evidens for en given behandlings effekt. Cochrane reviews er målrettet aktører og beslutningstagere inden for sundhedsområdet med henblik på at give dem det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om behandlingstiltag. Cochrane reviews er hovedsageligt baseret på RCT-undersøgelser og bliver publiceret i The Cochrane Library, www.thecochranelibrary.com.

en overvindelse, men er også starten til en psykologisk åbning. Dertil kan det at være musikalsk aktiv også give en mere forløsende oplevelse (Erkkilä et al. 2011). Også musikterapeutisk arbejde med stemmen kan med fordel inddrages i arbejdet med personer med depression, da aktivisering af stemmen samtidig igangsætter de øvrige kropsfunktioner, som er knyttet til stemmebrug (Storm 2007a; Storm 2007b). Stemmen kan siges at være menneskets mest personlige udtryksskilde, og gennem musikterapeutisk stemmearbejde kan den depressive integrere udtryk, følelse, krop og tanke.

Opsummerende kan musikterapi hjælpe en patient med depression til at mindske depressive symptomer, angst og øge funktionsniveau. Dette kan såvel ske ved hjælp af aktive som receptive musikterapi-metoder kombineret med samtale individuelt eller i grupper. Ifølge de nævnte undersøgelser er drop out fra behandlingen lav, tolerancen god og udbyttet signifikant.

Litteratur

- Alluri, V., Toiviainen, P., Jääskeläinen, I.P., Glerean, E., Sams, M. & Brattico, E. (2012). Large-scale brain networks emerge from dynamic processing of musical timbre, key and rhythm. *NeuroImage*, Volume 59, Issue 4, 15 February 2012, Pages 3677-3689.
- Bonde, LO (2009). *Musik og menneske: Introduktion til musikpsykologi*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Bruscia, K. & Grocke, D., (2002). *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M. & Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 132-139.
- Frances, A., Pincus, H. A. & First, M. B. (1994). *The Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Third Edition. Washington, USA: American Psychiatric Press.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V. & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29 (2009) 193-207. <http://cirrie.buffalo.edu/database/authors/54440/>
- Hadsell, N. A. (1974). Sociological theory and approach to music therapy with adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy* 1974; 11 (3):113-24.
- Hannibal, N. (2001). *Præverbal overføring i musikterapi – kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaktion*. Upubl. ph.d. afhandling. Aalborg Universitet, Link: <http://www.hum.aau.dk/~hannibal/>.
- Hannibal, N., Pedersen, I.N., Egelund, T., Hestbæk, T. & Munk-Jørgensen, P. (2012). Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*: 1-4. Posted online on 3 Feb 2012.
- Holck, U. (2002). *'Kommunikalsk' samspil i musikterapi. Kvalitative videoanalyser af musikalske og gestiske interaktioner med børn med betydelige funktionsnedsættelser, herunder børn med autisme*. Upubl. ph.d. afhandling. Aalborg Universitet.
- Hougaard, E. (2004, 2. udg.). *Psykotterapi – teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.

- McKinney, C. H., Antoni, M. H., Kumar, A. & Kumar, M. (1995). The effects of guided imagery and music on depression and beta-endorphin levels in healthy adults: a pilot study. *Journal of the Association for Music and Imagery*. Vol. 2: pages P 67-78.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X. & Crawford, M. (2009). Music therapy for depression (Review). *The Cochrane Library*, 2009, Issue 1 <http://cirrie.buffalo.edu/database/73480/>
- Maratos, A., Crawford, M. J. & Procter, S. (2011). Music therapy for depression: it seems to work, but how? *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 92-93.
- Poulsen, H. D., Munk-Jørgensen, P. & Bolwig, T. G. (2007). *Psykiatri – en grundbog*. København: Munksgaard.
- Small, C. (1998). *Musicking: the meanings of performing and listening*. Hanover: Wesleyan University Press of New England.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2010). *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Stern, D. N. (2010). *Vitalitetsformer – Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Storm, S. (2007a). Den menneskelige stemme – psykologi og psykodynamisk stemmeterapi. I: L. O. Bonde (red.) *Psyke & Logos. Musik og psykologi*. 447-477. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Storm, S. (2007b). *Psychodynamic Voice Therapy – A Music Therapeutic Approach with Psychiatric Patients suffering from Depression*. Workshop at the 7th European Music Therapy Congress in Eindhoven, Holland.
- WHO ICD-10 (1995) *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard.